

第4号様式(第7条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 令和3年 7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人 静友会
代表者名	理事長 湯川 嘉一
所在地	神奈川県足柄上郡山北町中川5 1 1番地
電話番号/FAX番号	0465-78-3838/0465-78-3839
ホームページアドレス	http://badenlife.jp/nakagawa/
設立年月日	平成8年3月15日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)855,079,458円(費用)845,069,818円(損益)10,009,640円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有
他の主な事業	介護保険指定事業(介護老人福祉施設、通所介護、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援事業)

※ 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	介護付有料老人ホーム バーデンライフ伊勢原	
所在地	伊勢原市沼目3-13-33	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付 (<input checked="" type="checkbox"/> 一般型 ・ 外部サービス利用型) 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件	1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	1 県指定介護保険特定施設 (番号1474000534、指定年月日 平成19年7月1日) 介護専用型・ <input checked="" type="checkbox"/> 混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・ <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防・介護予防(外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	1 <input checked="" type="checkbox"/> 全室個室 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
開設年月日	平成19年7月1日	
施設の管理者氏名	駒宮 暖	
電話番号/FAX番号	0463-93-2231/0463-93-2232	
メールアドレス	法人ホームページのお問い合わせフォームよりご連絡下さい。	
交通の便	小田急線伊勢原駅から当ホームまで1.5km。神奈中バス西沼目バス停下車徒歩2分。	
ホームページアドレス	http://badenlife.jp/isehara/	

敷地概要	権利形態 所有 ・ <input type="checkbox"/> 借地 (借地の場合の契約形態) <input type="checkbox"/> 通常借地契約 ・ 定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 平成19年6月1日～平成48年5月31日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 敷地面積 3, 761. 02㎡ 抵当権の設定 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有				
建物概要	権利形態 所有 ・ <input type="checkbox"/> 借家 (借家の場合の契約形態) <input type="checkbox"/> 通常借家契約 ・ 定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 平成19年6月1日～平成48年5月31日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 建物の構造 木造 地上2階建 (耐火 ・ <input type="checkbox"/> 準耐火 ・ その他) 延床面積 2, 247. 45㎡ (うち有料老人ホーム2, 288㎡) 建築年月日 平成19年5月31日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の主要用途 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他() 抵当権の設定 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有				
居室概要	居室総数 50 室 定員 50人 (一時介護室を除く) <input type="checkbox"/> 1 全室個室 ・ <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
(内訳)		定員	浴室	面積	室数
		1	無 (シャワー室あり)	23. 18㎡	50
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	食堂	設置階 1F・2F (170. 18㎡)			
	浴室	一般浴槽	設置階 1F・2F各2ヶ所 (6. 67㎡)		
	浴室	リフト浴	設置階 1F (25. 09㎡)		
		ストレッチャー浴	設置階 1F (13. 04㎡)		
	便所	設置箇所 各居室及び1F・2F			
	洗面設備	設置箇所 各居室及び1F・2F			
	医務室(健康管理室)	設置階 1F (15. 94㎡)			
	談話室	設置階 1Fロビー (56. 16㎡)			
	面談室	設置階 1F応接室 (12. 83㎡)			
	事務室	設置階 1F			
	洗濯室	設置階 1F・2F (3. 45㎡)			
	汚物処理室	設置階 1F			
	看護・介護職員室	設置階 1F・2F			
	機能訓練室	設置階 1F・2F (156. 68㎡) 他の共用施設との兼用 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (食堂)			
	健康・生きがい施設	設置階 (㎡)			
	緊急通報設備	無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
	エレベーター ※5	基(うちストレッチャー搬入可 1基)			
	スプリンクラー	設置箇所 全館			
居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1. 53 m)				
消防用設備等	消火器	無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
	自動火災報知設備	無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
	火災通報設備	無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
	スプリンクラー	無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
	防火管理者	無 ・ <input type="checkbox"/> 有			

	防災計画	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
危険区域の指定状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> 無 2 有	
	指定されている危険区域	1 水害 2 土砂災害 3 その他
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	通所介護事業所（弊社運営・事業所番号1474000583 面積55.67㎡）伊勢原たかはし整形外科	

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払方式		前払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ・ 選択方式					
敷金		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有（249,000円、家賃相当額の3か月分）					
月額利用料		① 215,000円（要支援・要介護の方） ② 248,000円（自立の方）					
料金プラン ※10 （消費税込） （家賃のみ 非課税）	月額利用料	内 訳					
		家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費	その他
	① 215,000円	83,000円	44,000円	—	66,000円	22,000円	0円
	② 248,000円	83,000円	44,000円	—	66,000円	22,000円	33,000円
		非課税	消費税込	—	消費税込	消費税込	消費税込
算定根拠 ※11	家賃相当額	83,000円（非課税） 入居者が居住する居室及び入居者が利用する共用施設等の家賃。					
	管理費	44,000円（消費税込） 事務管理部門の人件費・事務費・共用施設・設備備品の維持管理・保守点検費。					
	介護費用	—					
	食費	1ヶ月30日の場合66,000円（1日2,000円）（消費税込） 食材料費・調理人件費。					
	光熱水費	22,000円（消費税込） 入居者が居住する室内内及び共用の大浴室等の光熱水費。					
	その他	33,000円（消費税込）（自立の方のみ生活支援料） 自立の方のコール使用料・見守り・巡回等のサービス料。					
前払い金							
算定根拠							
償却返却日							
返還対象としない額							
契約終了時の返還金の算定方法							
短期解約の返還金の算定方式							
返還期限							
保全措置		無 ・ 有		保全措置の内容			
				無の場合の理由			
その他留意事項							

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	27日
支払い方法	指定口座からの自動引き落とし
その他留意事項	

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件（入居契約書 29条による）
	手続き（入居契約書 29条による）
	解約予告期間（90日）
入居者からの解約予告期間	30日

(4) 共通事項

利用料の改定	条件	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等に変動があった場合に変更する。	
	手続き方法	県に事前に相談し、運営懇談会の意見を聴いた上で、入居者または身元引受人の同意を得る。	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が30日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額 その他の税法上の規定に則る。		
体験入居の取扱い	1 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 有	期間	6泊7日を上限とする。
		費用	自立の方：8800円（食費込） 要支援または要介護の方：13,200円（食費込） ※おむつ代・医療費等は別途費用となります。 ※介護保険は適用外となります。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	入居者の皆様が、優雅に快適に生活出来るような施設運営をし、「入居して良かった」と感じて頂ける様な施設を目指します。		
サービスの提供内容に関する特色	当施設は、大浴場に温泉を使用しており、温泉旅館を感じさせる浴場となっております。又、法人の前進が温泉旅館を運営していた事もあり、「おもてなしの心」を持って介護しております。		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし

健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし		
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし		
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし		
月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	共用部分の維持管理費・事務費・生活サービスにかかる人件費・リネン代等	
	食費	委託業者への委託料・厨房管理費	
	その他	—	
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	委託先（安田物産）	
		委託内容（調理委託→食の調理 配膳業務）	
安否確認の方法・頻度等	要支援・要介護者ともに日中3回以上 夜間は2時間おきの巡視のほか、適宜居室見回りを実施。		
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	保険名（事業活動包括保険 東京海上日動保険）	

（2）介護を行う場所

要介護時（認知症を含む）に介護を行う場所	入居している居室で介護します。ただし、心身の状況により居室を移動する場合があります。		
入居後に居室又は施設を住み替える場合	1 一時介護室へ移る場合 2 別の居室へ住み替える場合 3 提携ホームへ住み替える場合		
判断基準・手続き、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	適切な介護サービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で、居室（個室）を変更していただくことがあります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えていただきます。なお、利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室に変更となります。追加費用はありません。 ・入居者の都合による住み替え希望があった場合には、現居室の補修費用をお支払いいただきます。		

（3）医療の提供状況等

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人厚仁会 秦野厚生病院
	診療科目	内科・心療内科・精神科
	所在地	神奈川県秦野市南矢名2-12-1
	距離及び所要時間	7km・車で12分
	協力内容	受診・治療・入院
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	—
	所在地	—
	距離及び所要時間	—
	協力内容	—

入居者が医療を要する場合の対応※	協力医療機関への通院の同行は、月額利用料に含まれます。 (入院) ・医師の判断を基本として、入居者及びご家族とご相談いただき、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。 ・入院期間中は、月額利用料のうち管理費・家賃・光熱水費をお支払いください。 ・入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・入院中も居室利用権は存続し、また、週2回の清掃を行います。
------------------	--

※入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等)

5 職員体制 (令和3年7月1日現在)

(1) 職種別の職員数等

	職員数 () → 非常勤職員	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (16時半～翌9時半) (最少人数)	備考 (資格・委託等)			
		人数	うち自立対応					
従業者の内訳	管理者	1 ()	/	/				
	生活相談員	2 ()						
	直接処遇職員	26 (11)			20.6	1.2	2	
	介護職員	19 (5)			17.5	1.0		
	看護職員	7 (6)			3.5	0.2		
	機能練指導員	1※ ()						看護師が兼務
	理学療法士	()						
	作業療法士	()						
	その他	()						
	計画作成担当者	2※ ()						介護支援専門員
	医師	()						
	栄養士	()						
	調理員	()						
	事務職員	2 (1)						
	その他職員	7 (7)					1	
合計	39 (19)							

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	兼務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称	介護支援専門員							
2 なし										
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		1	2							

業務に従事した職員の経験年数に応じた人数	1年未満				2						
	1年以上 3年未満		1	2	1						
	3年以上 5年未満			1							
	5年以上 10年未満		2	9							
	10年以上	1	3	2	2	1			1	1	
従業者の健康診断の実施状況					① あり 2 なし						

(3) 介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	1人 (人)	介護職員実務者研修修了者	1人 (人)
介護福祉士	11人 (3人)	介護職員初任者研修修了者	4人 (人)
介護支援専門員	2人 (2人)	資格なし	人 (人)

6 入居状況

入居者数及び定員	44人 (定員 50人)			
入居者の状況	男性 11人 女性 33人			
	自立 1人			
	要介護 38人	(内訳)	要介護1	13人
			要介護2	12人
			要介護3	6人
		要介護4	2人	
		要介護5	5人	
要支援 5人	(内訳)	要支援1	2人	
		要支援2	3人	
平均年齢	91.2歳 (男性91.3歳、女性91.2歳)			

7 退居状況等

退去者 の 状況 前 年 度 に お け る	退居先別の人数	自宅等	1人	
		社会福祉施設	3人	
		医療機関	1人	
		死亡者	6人	
		その他	0人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	0人
				4人
		入居者側の申し出	(解約事由の例) 自宅復帰や介護老人福祉施設への入居等	

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無				
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	1 代替措置あり (書面によって説明と同意を得る) 2 代替措置なし			
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有				
苦情解決の体制 (相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等) ※15	<p>施設及び本社の連絡先</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設担当者一古谷美由紀 (生活相談員) TEL 0463-93-2231 本社お客様相談室 TEL0465-78-3838 <p>施設及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> 公益社団法人全国有料老人ホーム TEL 03-3548-1077 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 TEL 045-329-3447 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 TEL 045-210-1111 (代表) 平塚保健福祉事務所秦野センター TEL 0463-82-1428 (代表) 伊勢原市介護高齢課 TEL 0463-94-4711 (代表) 				
事故発生時の対応 (医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等)	事故対応マニュアルに基づいて、応急処置、協力医療機関である秦野厚生病院への搬入若しくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、相談員から家族への連絡を行います。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。				
生活保護受給者の受入れ対応	可 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 否				
身元引受人の条件及び義務等	身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する責務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また必要な時には入居者の身柄を引き取ります。				
公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者生活保障制度への加入状況	協会への加入	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有			
	入居者基金への加入	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有			
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取り組みの状況	1 無				
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<table border="1"> <tr> <td>実施日</td> <td>意見箱を設置</td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</td> </tr> </table>	実施日	意見箱を設置	結果の開示
実施日	意見箱を設置				
結果の開示	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				
第三者による評価の実施状況	1 無				
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日			
		評価機関名称			
結果の開示	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				
看取りの対応	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				

10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」

別添4「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名 _____

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名 _____

介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（ 有 無）

区 分		自 立			要支援 1～2			要介護 1～5		
提供サービスの別		利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等		提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス										
①巡回										
・昼間 9時～18時	有	体調不良時のみ対応	—		3回程度（体調を考慮）	—		3回程度（体調を考慮）	—	
・夜間18時～9時	有	1回程度（体調を考慮）	—		3時間おき（体調を考慮）	—		3時間おき（体調を考慮）	—	
②食事介助										
③排泄										
・排泄介助	有	—	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・おむつ交換	有	—	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・おむつ代	有	—	—	実費	—	—	実費	—	—	実費
④入浴等										
・清拭	有	—	—		週 2 回（未入浴時）	—		週 2 回（未入浴時）	—	
・一般浴介助	有	—	—		週2回	—		週2回	—	
・特浴介助	有	—	—		—	—		—	—	
⑤身辺介助										
・体位交換	有	—	—		体調不良時	—		体調不良時	—	
・居室からの移動	有	—	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・衣類の着脱	有	—	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・身だしなみ介助	有	—	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
⑥機能訓練										
⑦通院の介助										
・通院の介助	有	—	—		必要時対応	必要時（職員付添い）	1,500円/時間	必要時対応	必要時（職員付添い）	1,500円/時間
⑧緊急時対応										
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有	—	—		週2回（必要時）	—		週2回（必要時）	—	
・洗濯	有	—	—		週2回（必要時）	—		週2回（必要時）	—	
②居室配膳・下膳										
③理美容										
・理美容	有	—	訪問理美容・月 1 回	実費	—	訪問理美容・月 1 回	実費	—	訪問理美容・月 1 回	実費
④代行										
・買物	有	月 1 回指定日	—		月 1 回指定日	—		月 1 回指定日	—	
・役所手続	有	—	—		—	—		—	—	
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有	—	年 1 回	実費	—	年 1 回	実費	—	年 1 回	実費
・健康相談	有	適宜対応	—		適宜対応	—		適宜対応	—	
・生活指導	有	適宜対応	—		適宜対応	—		適宜対応	—	
・医師の往診	有	—	月 2 回程度	医療保険適用	—	月 2 回程度	医療保険適用	—	月 2 回程度	医療保険適用
4. 入退院時、入院中のサービス										
・入退院時の状況	有	—	必要時（職員付添い）	1,500円/時間	—	必要時（職員付添い）	1,500円/時間	—	必要時（職員付添い）	1,500円/時間
5. その他サービス										
外出レクリエーション	有	—	月 1 回程度	実費	—	月 1 回程度	実費	—	月 1 回程度	実費

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。

注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。

注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。

注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。	
3	浴室	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
5	洗面設備	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
6	汚物処理室	有	適合	<input checked="" type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	有	適合	<input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。	
8	医務室 (健康管理室)	有			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	無			
11	談話室	有			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	有			
14	スプリンクラー	有			
15	健康・生きがい 施設	無			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
18	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

例(必要な職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。

介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表

1 給付体制等の概要

介護保険施設種別	1 介護専用型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 混合型 3 混合型（外部サービス利用型） 4 地域密着型 5 介護予防 6 介護予防（外部サービス利用型）																		
介護保険に係る利用料（適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額）	特定施設入居者生活介護 （1か月30日の例）																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 25%;">月 額</th> <th style="width: 60%;">利用者負担額（1割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>195,038円</td> <td>19,505円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>217,673円</td> <td>21,768円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>241,677円</td> <td>24,169円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>263,632円</td> <td>26,364円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>287,290円</td> <td>28,730円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）	要介護1	195,038円	19,505円	要介護2	217,673円	21,768円	要介護3	241,677円	24,169円	要介護4	263,632円	26,364円	要介護5	287,290円	28,730円
	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）																
	要介護1	195,038円	19,505円																
	要介護2	217,673円	21,768円																
	要介護3	241,677円	24,169円																
	要介護4	263,632円	26,364円																
	要介護5	287,290円	28,730円																
	各種加算の状況																		
	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型																	
	退院・退所時連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																	
	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																	
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																	
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																	
	夜間看護体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																	
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																	
	医療機関連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																	
	栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																	
	看取り介護加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																	
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																		
	(I)																		
	(II)																		
サービス提供体制強化加算	(I) イ																		
	(I) ロ																		
	<input checked="" type="checkbox"/> (II)																		
	(III)																		
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> I																		
	II																		
	III																		
	IV																		
	V																		
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																		
	I																		
	<input checked="" type="checkbox"/> II																		

介護保険に係る利用料(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)	介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)	
	区分	月額
	要支援1	69,513円
	要支援2	113,747円
	利用者負担額(1割の場合)	
	要支援1	6,952円
	要支援2	11,375円
	各種加算の状況	
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無・有
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無・有
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無・有
	医療機関連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 無・有
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無・有
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・有	
サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(I)
		(II)
		(I)イ
		(I)ロ
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> (II)
		(III)
		<input type="checkbox"/> I
		II
		III
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	IV
		V
		I
		II
		III
短期利用の設定(短期利用特定施設入居者生活介護の届出)	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

2 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

	前々年度の平均値	前年度の平均値	記入日時点の平均値
要支援者の人数	6.5	5	5
要介護者の人数	40.3	39.0	38
指定基準上の直接処遇職員の数	15.6	14.9	14.3
配置している直接処遇職員の数	20.6	20.2	19.6
要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の数割合	2.2:1	2.1:1	2.1:1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 40時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員	早番①	6:30~15:30
		早番②	7:00~16:00
		遅番	9:30~18:30
		夜勤	: ~ :
	看護職員	早番	: ~ :
		日勤	8:30~17:30
		遅番	: ~ :
		夜勤	: ~ :

短期利用のサービス等の概要

1 サービスの利用期間と内容

利用可能期間	最短 1日 ~ 最長 30日
サービスの内容	重要事項説明書の「4 サービス内容」のとおり。

2 利用料

費用の支払方法	利用後の翌月に口座引き落とし						
1日あたりの利用料	7,158円 ~ 7,158円						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
料金プラン	利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	7,158円	1,474	0	2,177	737	2,770	0
算定根拠		消費税込		消費税込	消費税込	非課税	
	管理費	月払い方式の30分の1に相当額を勘案して算出					
	介護費用	—					
	食費	月払い方式お設定で定める1日当たりの料金					
	光熱水費	月払い方式の設定の30分の1に相当する額					
	家賃相当額	月払い方式の設定の30分の1に相当額を勘案して算出					
その他	管理費・食費・光熱水費については消費税別です。						
1日あたりの利用料に含まれない実費負担等 ※							
介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)	○特定施設入居者生活介護						
		日 額	利用者負担額 (1割の場合)				
	要介護1	6,467円	648円				
	要介護2	7,220円	723円				
	要介護3	8,024円	803円				
	要介護4	8,756円	877円				
	要介護5	9,540円	955円				
	○各種加算の状況						
	夜間看護体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)					
	サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	(I) イ				
(I) ロ							
<input type="checkbox"/> (II)							
介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	(III)					
		<input checked="" type="checkbox"/> I					
		II					
		III					
		IV					
介護職員等特定処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	V					
		I					
		<input checked="" type="checkbox"/> II					

3 その他

利用(契約)に際しての留意点、特記事項等	なし
----------------------	----